Należytość pocztowa gotówką uiszczona.

Nr 5 Rok LX.

Redakcja: Kraków 9, Płuczki 28
Telefon 3105

Administracja: ul. Dunajewskiego 2
Telefon 362

Konto poczt. Kasy Oszczędn. 413 176

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie czytelnie, ile możności na maszynie po jednej stronie pisanym, można podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor; najlepiej jednak zamawiać odbitki wprost w Drukarni Uniwersyteckiej (Kraków ul. Czapskich 4) i przesłać jej na nie z góry zaliczkę.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, POLSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARZY B. GALICJI I TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH ZAGRANICZNYCH, ORGAN IZBY LEKARSKIEJ W KRAKOWIE

ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCJONALNYCH B. KONGRESÓWKI.

WYCHODZI W POŁOWIE KAŻDEGO MIESIĄCA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracja i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe.

Ogłoszenia przyjmuje Administracja. Cena ogłoszeń: za wiersz petitowy lub jego miejsce w 1 szpalcie Mkp. 15·—, w nadesłanem Mkp. 17·—, w tekście Mkp. 20·—. załącznik Mkp 400.

Przedpłata wynosi: rocznie Mkp. 160·—, płatnych z góry.

Jeden numer osobno kosztuje Mkp. 14·—.

»Do Nru tego załącza się prospekt firmy K... z Warszawy«.

1921. Rok LX.

PRZEGLĄD LEKARSKI

oraz CZASOPISMO LEKARSKIE

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Rozpoznawanie siedziby guzów jamy brzusznej

podał

Prof Dr Witold Orłowski,

dyrektor Kliniki lekarskiej Uniw. Jagiell.

We wszystkich przypadkach, gdy, badając chorego, znajdujemy jakikolwiek guz w jamie brzusznej, pierwszem naszem zadaniem musi być rozpoznanie siedziby guza. Dopiero po wywiązaniu się z tego zadania przechodzimy do wyświetlenia istoty guza i jego znaczenia dla ustroju oraz rozważamy sposoby ewentualnego jego usunięcia. Rozpoznanie więc siedziby guza w tym lub innym narządzie jamy brzusznej zajmuje pierwsze miejsce. Tymczasem dość przejrzeć nawet obszerne podręczniki djagnostyczne i semjologiczne, żeby się przekonać, iż na to zagadnienie zwraca się wogóle zbyt mało uwagi. Uznając sprawę rozpoznawania siedziby guzów w jamie brzusznej wobec ich częstości za nader doniosłą, zamierzam wypełnić tę lukę przez podanie tego postępowania, które, wychodząc z wieloletniego doświadczenia klinicznego, stosuję już od dłuższego czasu w przypadkach guzów jamy brzusznej.

Przedewszystkiem jednak zaznaczę, że przez »guzy« jamy brzusznej z klinicznego stanowiska rozumiem nietylko istotne nowotwory (neoplasmata), lecz i wszelkie wogóle twory patologiczne, bez względu na ich pochodzenie, wyczuwalne, mniej lub więcej odgraniczone, dające się wyodrębnić od sąsiednich części, a w zdrowym ustroju nie istniejące. Tu więc, oprócz istotnych nowotworów, zaliczam też guzy, powstałe na tle zapalenia, n. p., ograniczony wysięk w jamie otrzewnej, guzy powstałe na tle mechanicznem, n. p., wodonercze, guzy kałowe, wreszcie pochodzenia nerwowego, n. p., wyczuwalny kurcz odźwiernika. Tu też zaliczam niewyświetlone jeszcze co do mechanizmu powstawania t. zw. guzy pozorne, czyli fantomowe, których najznamienitszą cechę stanowi nagłe znikanie w uśpieniu chloroformowem z ewentualnem ponownem zjawieniem się po przejściu uśpienia. Do takich guzów pozornych należą n. p. występujący w kształcie guza kurcz pewnego odcinka mięśnia prostego brzucha, guzowate ograniczone wzdęcie pętli jelitowej i inne. Mówiąc o guzach jamy brzusznej, należy wreszcie pamiętać, że nawet zdrowy narząd jamy brzusznej może się znajdować w miejscu dla niego niezwykłem, oraz o tej okoliczności, że narząd, w zwykłych warunkach nie wyczuwalny, może stać się dostępnym dla wyczuwania, chociaż nie uległ zmianom chorobowym.

Przechodząc po tych wstępnych uwagach do metodyki badania siedziby guzów w jamie brzusznej, zaznaczę przedewszystkiem, że najdonioślejsze dane pod tym względem dają zasadnicze metody badania, dostępne dla każdego lekarza, mianowicie oglądanie, obmacywanie i opukiwanie. Umiejętne stosowanie tych metod wystarcza w przeważnej większości przypadków, by rozstrzygnąć całe zagadnienie co do siedziby guza. Zadanie niniejszej pracy stanowi też zobrazowanie planu postępowania, którego się trzymam, posiłkując się temi metodami.

Zaznaczę przedewszystkiem, że guzy jamy brzusznej nieraz przeocza się wskutek tego, iż badanie brzucha ograniczamy zwykle do badania chorego leżącego na wznak lub na boku, tymczasem zdarzają się takie guzy, które można wykryć tylko, gdy chory stoi zupełnie pionowo lub nachylony ku przodowi lub nawet w położeniu na łokciach i kolanach. W tych więc przypadkach, w których można przypuszczać istnienie guza w jamie brzusznej, należy przeprowadzać badanie brzucha w różnych położeniach chorego, nie wyłączając położenia łokciowokolanowego. Rzecz prosta, że równocześnie należy korzystać ze wszystkich ogólnie znanych zabiegów, zmniejszających napięcie powłok brzusznych i przez to ułatwiających obmacywanie brzucha. Śród nich zaś nie należy zapominać o badaniu w ciepłej kąpieli, jak to zaznaczyłem w jednej ze swoich prac jeszcze w r. 1908 [1]).

[1]) Przegląd lekarski 1908, Nr 50–52.

Wszelkie badanie brzucha należy wreszcie przeprowadzać nietylko wśród zwykłego, lecz i wśród głębokiego oddychania, niektóre bowiem guzy, zwłaszcza wątroby, śledziony i dna żołądka, stają się dostępne dla obmacywania tylko na szczycie głębokiego wdechu.

Znajdując guz w obrębie brzucha, rozstrzygamy przedewszystkiem, czy jest on usadowiony w powłokach brzusznych, czy w jamie brzusznej. W tym celu przeprowadzamy badanie wśród napinania tłoczni brzusznej, osiągając je przez podnoszenie się górnej części tułowia chorego. W miarę coraz większego napięcia ściany brzusznej guzy jamy brzusznej są wyczuwalne coraz gorzej i wreszcie znikają. Inaczej się zachowują guzy przedniej ściany brzusznej. Przedmięśniowe guzy występują wyraźniej i zachowują swoją ruchomość palpacyjną, śródmięśniowe, o ile były ruchome, tracą swoją ruchomość, lecz nie znikają, wreszcie zamięśniowe znikają, tak jak guzy jamy brzusznej, wobec czego ich wzajemne rozgraniczenie staje się możliwem jedynie przez uwzględnienie szeregu innych właściwości.

Przekonawszy się o tem, że guz znajduje się w jamie brzusznej, przechodzimy do szczegółowego oznaczenia jego siedziby, mianowicie do wyświetlenia, w jakim narządzie jamy brzusznej guz się rozwija. Wobec braku rozstrzygających pod tym względem oznak poszczególnych musi się nasze rozpoznanie opierać na zespole oznak, objętych pewnym systemem. Pierwszorzędne miejsce w tym zespole zajmuje oznaka, oparta na zasadzie, że guz jest usadowiony w tym narządzie, który prawidłowo leży w tem miejscu, gdzie guz wyczuliśmy. Co prawda, jak przekonamy się nieco niżej, to prawidło, jak i każde inne, ma swoje wyjątki. Niemniej wobec tego prawidła musi każdy lekarz dobrze znać topografję poszczególnych narządów jamy brzusznej. Ta znajomość jest niezbędna tem bardziej, że dopomaga ona do zrozumienia szeregu cech, znamiennych dla guzów poszczególnych narządów jamy brzusznej. Nie mam zamiaru poruszać tutaj topografji klinicznej wszystkich narządów brzusznych, ograniczę się tylko do przytoczenia rzutu na przedniej ścianie brzusznej krezki okrężnicy poprzecznej, samej okrężnicy poprzecznej, trzustki, sieci większej i krezki jelit cienkich, topografja bowiem kliniczna tych narządów bardzo mało lub zupełnie nie jest uwzględniana w podręcznikach. Otóż tylny brzeg krezki okrężnicy poprzecznej jest przyczepiony do tylnej ściany brzusznej wzdłuż linji, przebiegającej od górnego końca prawej nerki w lewo na poziomie pierwszego kręgu lędźwiowego, przez początkową część zstępującego odcinka dwunastnicy i głowę trzustki, wzdłuż dolnego brzegu ciała trzustki do górnego brzegu lewej nerki; przedni zaś brzeg tej krezki przylega wraz z okrężnicą poprzeczną do przedniej ściany brzusznej odpowiednio do linji, łączącej końce X lub XI żeber. Trzustka leży poprzecznie poza żołądkiem; środkowa jej część, t. zw. ciało, przylega do I. i II. kręgu lędźwiowego, mając poza sobą brzuszną część tętnicy głównej i dolną żyłę główną; wreszcie, głowa trzustki, wklinowana do zagięcia, utworzonego przez odcinki dwunastnicy, znajduje się na poziomie II i III kręgu lędźwiowego. Guzy trzustki sadowią się najczęściej właśnie w głowie trzustki, lokalizacja więc tych guzów odpowiada rzutowi głowy trzustki na przedniej ścianie brzusznej. Jako rzut ten przyjmują Chauffard i Rivet t. zw. pole trzustkowe: »zona choledocho-pancreatica«, Desjardins zaś »point pancréatique«. Pierwszy z tych rzutów, »pole trzustkowe«, znajduje się między kresą białą a linją przepoławiającą kąt prosty, utworzony przez kresę białą i prostopadłą do niej linję pępkową; ku górze rzut nie sięga wzdłuż linji przepoławiającej ponad 5 cm, ku dołowi nie dochodzi do pępka. »Point pancréatique« Desjardinsa znajduje się na odległości 5—7 cm powyżej pępka na linji, łączącej pępek ze szczytem prawej okolicy pachowej przy opuszczeniu prawej górnej kończyny wzdłuż ciała. Sieć większa zwiesza się na kształt fartucha przed jelitami cienkiemi. Odpowiednio do tego jej guzy leżą zwykle w okolicy pępka. Tylny brzeg (trzon) krezki jelit cienkich, długości średnio 13 cm, rozpoczyna się od lewej strony trzonu drugiego kręgu lędźwiowego i stąd idzie skośnie ku do-

łowi i w prawo do górnego końca prawego stawu krzyżowo-biodrowego. W początkowej swej części, mianowicie w okolicy zgięcia dwunastniczojelitowego, brzeg ten jest najgrubszy, krezka zaś w tem miejscu najmniej rozciągliwa. Ta okoliczność, zależna od znajdujących się tu gruczołów chłonnych i dużych naczyń krezkowych, tłumaczy niektóre właściwości guzów tego odcinka krezki. Przedni brzeg krezki jelit cienkich, do którego są przyczepione te jelita, jest 20 razy dłuższy, niż tylny. Odpowiednio do podanego przebiegu krezki jelit cienkich usadawiają się jej guzy już to w górnej części lewej połowy brzucha powyżej linji pępkowej, mianowicie wtenczas, gdy rozwijają się w początkowej części krezki, już to na wysokości pępka w linji środkowej, gdy powstają w środkowej części krezki, już to wreszcie w dolnej części prawej połowy brzucha niżej linji pępkowej, gdy znajdują się w dolnym odcinku krezki. Z tych trzech miejsc najczęściej usadawiają się guzy krezki jelit cienkich w okolicy pępka, następnie rzadziej w prawej okolicy podbrzusznej, a najrzadziej w nadbrzuszu.

Oznaczając na podstawie siedziby guza narząd, do którego on należy, trzeba jednak pamiętać o możliwości powstawania guzów w narządach, które stały się ruchomemi, n. p. w ruchomej nerce, w opadniętej wątrobie i t. d. Trzeba też pamiętać o tem, że sam guz, doszedłszy do pewnych rozmiarów, może przemieszczać ten narząd, w którym się rozwija. Najczęściej dotyczy to guzów odźwiernika, okrężnicy poprzecznej i niepozrastanych z sąsiedztwem guzów sieci większej. Istotnie, guz odźwiernika wyczuwa się nieraz w prawej okolicy biodrowej; raka okrężnicy poprzecznej nad spojeniem łonowem; duże guzy sieci większej, opuszczając się ku dołowi, mogą też przesuwać się w lewo lub dochodzić do jamy miednicy małej, gdzie też wtedy dają się czasami wyczuć przez pochwę lub odbytnicę. Godna zaznaczenia jest również ta okoliczność, że bąblowce sieci większej, towarzyszące zwykle bąblowcom innych narządów, dochodząc do większych rozmiarów, leżą najczęściej na prawo od kresy białej poniżej linji pępkowej. We wszystkich tych przypadkach niezwykłej siedziby daje się guz przesunąć w to położenie, jakie prawidłowo zajmuje narząd, do którego guz należy; oczywiście guz da się tak przesunąć tylko wtedy, jeśli niema zrostów. Należy wreszcie mieć jeszcze na względzie istnienie guzów na długich szypułach; główna masa takiego guza nieraz znajduje się daleko od narządu, z którego guz się rozwija.

W razie zrostów guza z sąsiedniemi narządami o przynależności guza do tego lub innego narządu sądzimy na podstawie szeregu innych oznak, które poniżej podam. Tutaj zaznaczę tylko niektóre właściwości guzów sieci większej, ulegających często zrostom, a zależne właśnie od tych zrostów. Otóż najczęstszemi guzami sieci większej są guzy pochodzenia gruźliczego oraz przerzuty rakowe lub mięsakowe z innych narządów. Rozwijając się w sieci, wywołują one nieraz kurczenie się całej sieci i jej podciągnięcie ku górze, na podobieństwo firanki u okna. Wskutek tego guz sieci razem z nią leży w poprzek jamy brzusznej, a równolegle do okrężnicy poprzecznej i do dużej krzywizny żołądka, najczęściej w okolicy pępka. Jeśli jednak, nim nastąpi kurczenie się, sieć przyrośnie prawym lub lewym dolnym końcem gdziekolwiek do otrzewnej ściennej, to położenie guza sieci się zmienia: guz leży wtedy nie poprzecznie, lecz w kierunku skośnym.

W miarę powiększania się każdy guz jamy brzusznej może przekraczać zwykłe granice narządu, w którym się rozwija. W tych przypadkach o przynależności guza do tego lub innego narządu, oprócz początkowego położenia guza i szeregu innych właściwości, które omówię niżej, mogą świadczyć pewne znamienne cechy, dotyczące kierunku, w którym guz rośnie. Mianowicie guzy, wychodzące z podżebrzy, rosną zwykle ku dołowi. Wyjątek stanowią bąblowce wątroby, okazujące często nieprawidłowy rozrost ku górze, ropnie podprzeponowe, nadwątrobne i nadśledzionowe, wreszcie rzadka coprawda postać wstępująca bąblowców śledziony. Guzy śledziony rosną zwykle nietylko ku dołowi, lecz i ku środkowi w kierunku do prawego przedniego górnego kolca kości biodrowej. Guzy nerkowe nietylko ku dołowi, lecz i ku przodowi, wypuklając okolicę lędźwiową oraz boczną. Guzy narządów miednicy małej rosną zwykle ku górze, co zmusza mnie wspomnieć tutaj o tych guzach, chociaż nie należą one do guzów właściwej jamy brzusznej. Wreszcie guzy innych narządów jamy brzusznej rosną zwykle mniej więcej równomiernie we wszystkich kierunkach.

Poznawszy siedzibę guza i kierunek, w którym on rośnie, zwłaszcza zaś zbadawszy, czy nie istnieje bezpośrednia łączność guza z takiemi narządami, jak wątroba, śledziona, nerki oraz macica, — co do macicy należy przeprowadzić w odpowiednich przypadkach badanie ginekologiczne —, przechodzę do zbadania szeregu cech, znamiennych dla guza, tylko bowiem zespół objawów daje rękojmię prawidłowego rozpoznania, a więc albo potwierdza dotychczasowe wnioski, dotyczące siedziby guza, albo przekonywa nas o ich mylności i kieruje myśl na należyte tory. Ten zespół otrzymujemy, badając ruchomość guza w zależności od oddychania, od zmiany położenia ciała, oraz t. zw. ruchomość palpacyjną, określając, jaki jest stosunek guza do przewodu pokarmowego, wreszcie stwierdzając stosunek guza do rozdymania żołądka i jelit. W wielu przypadkach nie bez znaczenia będzie uwzględnienie również kształtu guza.

Co do oddechowej ruchomości guzów, odróżniam ruchomość grzbietowobrzuszną (w kierunku strzałkowym) oraz osiową (w kierunku pionowym). Grzbietowobrzuszna polega na tem, że guz podczas głębokiego wdechu oddala się, podczas zaś głębokiego wydechu zbliża się do tylnej ściany brzusznej. Tą właśnie ruchomością, prostopadłą do pionowej osi ciała, odznaczają się guzy przedniej ściany brzusznej. Przez osiową ruchomość oddechową rozumiem oddalanie się guza podczas głębokiego wdechu od przepony i zbliżanie się do niej podczas głębokiego wydechu, słowem, ruchomość wzdłuż pionowej osi ciała. Ta ruchomość osiowa jest bardzo znamienna dla guzów wątroby i śledziony, jako narządów, bezpośrednio przylegających do przepony, następnie zaś dla guzów innych narządów, jeśli są one zrosłe z wątrobą lub śledzioną. Guzy wątroby i pęcherzyka żółciowego przesuwają się podczas głębokiego wdechu od góry ku dołowi, oddalając się od przepony, guzy zaś śledziony ku dołowi i w prawo w kierunku do przedniego górnego kolca prawej kości biodrowej. Oprócz osiowej ruchomości oddechowej guzy wątroby i śledziony cechuje jeszcze ta właściwość, że nie dają się one zatrzymać w czasie wydechu na tem miejscu, do którego się obniżyły na szczycie głębokiego wdechu: wszelkie usiłowania, by guzy te zatrzymać na nowem miejscu są bezowocne, wyślizgują się one bowiem z pod palców i wracają na pierwotne miejsce. Oprócz guzów wątroby, śledziony i innych zrosłych z wątrobą lub śledzioną narządów, miewają tę cechę niekiedy również guzy odźwiernika. Zdarzają się jednak i odwrotne przypadki, gdy guzy odźwiernika nie mają tej właściwości, pomimo nawet rozległych zrostów z wątrobą. Spostrzegałem to wtedy, gdy guz odźwiernika był zrosły tylko z tylną częścią dolnej powierzchni wątroby, a nie było żadnych zrostów z przednią częścią tej powierzchni.

Guzy wątroby, śledziony i narządów, zrosłych z wątrobą lub śledzioną, okazują jednak nie zawsze osiową ruchomość oddechową. Nie znajdujemy jej, jeśli guzy tych narządów są na rozległej przestrzeni pozrastane z przednią ścianą brzuszną lub jeśli są bardzo duże lub wreszcie, jeżeli przepona podczas głębokiego wdechu nie obniża się wskutek czy to rozległych zrostów, czy rozedmy płuc silniej rozwiniętej, czy innych przyczyn.

Co się tyczy guzów innych narządów jamy brzusznej, to dadzą się one pod względem stosunków do osiowej ruchomości oddechowej podzielić na 3 grupy, mianowicie guzy narządów śródotrzewnych, zaotrzewnych i podotrzewnych. Do pierwszej grupy należą guzy narządów, pokrytych otrzewną ze wszystkich stron, więc należą tu guzy górnej poziomej części dwunastnicy, jelit cienkich, okrężnicy poprzecznej i esowatej, sieci większej, czasami kątnicy z jej krezką. Do grupy podotrzewnej należą guzy odbytnicy, pęcherza moczowego i macicy, wreszcie do grupy zaotrzewnej — guzy zstępującej i dolnej poziomej części dwunastnicy, okrężnicy wstępującej i zstępującej, trzustki, tętnicy głównej brzusznej, przestrzeni zaotrzewnej wogóle z jej gruczołami, nerwami i t. d., wreszcie nadnerczy, nerek, miedniczek nerkowych i moczowodów. Guzy śródotrzewne, jeśli nie są zrosłe ani z wątrobą ani ze śledzioną, nie okazują prawie zupełnie osiowej ruchomości oddechowej; jeśli zaś ona istnieje, to jest tem słabsza, im dalej leży odpowiedni narząd od przepony i im mniejsze jest napięcie tłoczni brzusznej. Wyjątek stanowią guzy części odźwiernikowej żołądka, one bowiem okazują nieraz dobrą ruchomość oddechową, nawet jeśli nie są zrosłe z wątrobą. Guzy narządów zaotrzewnych i podotrzewnych, jak również zamięśniowe i zaotrzewne przedniej ściany brzusznej nie mają zupełnie osiowej ruchomości oddechowej. Wyjątek stanowią tylko guzy nerek i w bardzo rzadkich przypadkach guzy trzustki. Mianowicie guzy nerek podczas wdechu przybliżają się do obmacującej ręki, w czasie zaś wydechu oddalają się od niej. Od guzów wątroby oraz śledziony odróżniają się guzy nerek, okazujące osiową ruchomość oddechową, — głębszem położeniem, innym kierunkiem swego rozrostu, bębenkowym odgłosem opukowym, brakiem cechującego wątrobę brzegu z wcięciem pępkowem, odpowiednio do kresy białej, dla więzadła wieszadłowego, oraz pęcherzykowem dla pęcherzyka żółciowego, brakiem też

cechujących śledzionę wrębów w brzegu i innemi właściwościami, które podam niżej.

Po zbadaniu ruchomości oddechowej guza przechodzę do badania ruchomości jego palpacyjnej, czyli do wyświetlenia, czy guz może być przesunięty ręką wykonującą obmacywanie i w jakich kierunkach? Badając w ten sposób guzy niektórych narządów stwierdza się, że są nieruchome, innych zaś, mianowicie tych, które są przyczepione do ściany brzusznej lub do innych części za pomocą długiego więzadła lub też fałdu otrzewnego, są wyraźnie ruchome i to tem bardziej, im dłuższy ten fałd. Guzy ruchome palpacyjne odznaczają się jednocześnie ruchomością, zależną od zmiany położenia ciała. Zgodnie z tą zasadą są palpacyjnie nieruchome przedewszystkiem guzy wątroby i śledziony, oprócz guzów na długiej szypule, wychodzących najczęściej z dolnej powierzchni wątroby, oraz oprócz guzów wątroby gorsetowej i wątroby lub śledziony, leżącej w miejscu nie prawidłowem. Niema ruchomości palpacyjnej także większość guzów pęcherzyka żółciowego, guzy zaotrzewne i zamięśniowe, z przedotrzewnych wreszcie guzy wszystkich wogóle narządów w razie rozległych zrostów lub nader dużych rozmiarów guza. Z guzów zaotrzewnych wyjątek stanowią guzy nerek, dają się one bowiem przesuwać ręką w kierunku od dołu ku górze i odwrotnie, niekiedy zaś również w prawo lub w lewo. Guzy nerek wędrujących, o ile nie są zrosłe z sąsiedztwem, są bardzo ruchome. Odwrotnie guzy nerki podkowiastej i wogóle nerki ustalonej, są bezwzględnie nieruchome. W nader wyjątkowych przypadkach spostrzegano ruchomość palpacyjną guzów trzustki. Z guzów innych narządów największą ruchomość palpacyjną okazują guzy krezki jelit cienkich, krezki okrężnicy poprzecznej oraz sieci większej. Krezka jelit cienkich, rozpoczynając się od lewej strony drugiego kręgu lędźwiowego, ma tam zaledwie 2—3 cm szerokości; idąc skośnie w prawo i ku dołowi, coraz więcej się rozszerza, na granicy środkowej i dolnej $^1/_3$ jelit cienkich dochodzi szerokości 20 cm i dopiero niżej szybko się zwęża i wreszcie znika. Odpowiednio do tego guzy krezki jelit cienkich, jako usadowione najczęściej w środkowej jej części, a tu bliżej przedniego jej brzegu, odznaczają się wybitną ruchomością we wszystkich bez wyjątku kierunkach, o ile, rzecz prosta, niema zrostów; można więc te guzy łatwo przesuwać ku górze, ku dołowi, w prawo i w lewo. Guzy początkowego odcinka krezki jelit cienkich nie są tak przesuwalne. Wybitną ruchomością palpacyjną we wszystkich kierunkach odznaczają się też guzy krezki okrężnicy poprzecznej, a w kierunku od dołu ku górze oraz poprzecznym guzy sieci większej. Guzy sieci tracą zresztą często już dość wcześnie swoją ruchomosć, wskutek rozległych zrostów z przednią ścianą brzuszną, z wątrobą i innemi narządami. Z guzów innych narządów okazują ruchomość palpacyjną guzy żołądka, jelit cienkich, jelita ślepego oraz jego krezki, okrężnicy poprzecznej i esowatej z ich krezkami, niekiedy górnej poziomej części dwunastnicy, guzy przedmięśniowe, niekiedy też śródmięśniowe przedniej ściany brzusznej, wreszcie niektóre guzy narządów płciowych kobiecych i pęcherza moczowego. Z tych wszystkich guzów dużą ruchomość palpacyjną okazują guzy żołądka, zwłaszcza jego krzywizny większej i części odźwiernikowej, jeśli, rzecz prosta, niema zrostów. Guzy odźwiernika odznaczają się zwłaszcza dużą ruchomością palpacyjną w przypadkach powikłanych opadnięciem odźwiernika. Palpacyjną ruchomość okazują wreszcie, jak już zaznaczyłem wyżej, guzy, powstające w narządach leżących nieprawidłowo, szypułowe guzy wątroby i śledziony, guzy wątroby gorsetowej i niekiedy pęcherzyka żółciowego.

Po zbadaniu ruchomości palpacyjnej guza przechodzę do opukiwania guza po uprzedniem dokładnem opróżnieniu przewodu pokarmowego, łącząc w razie potrzeby to badanie z rozdymaniem żołądka lub jelit powietrzem. Dla uniknięcia domieszki odgłosu bębenkowego z sąsiednich narządów trzeba opukiwać lekko. Zależnie od tego, czy przed guzem leżą pętle jelit, czy też nie, badanie opukiwaniem wykrywa odgłos jużto bębenkowy, jużto przytłumiono-bębenkowy, jużto wreszcie stłumiony. Bębenkowy odgłos opukowy dają guzy tylnej ściany brzusznej i narządów zaotrzewnych, więc tętnicy głównej brzusznej, trzustki, nadnerczy, nerek i wogóle przestrzeni zaotrzewnej (gruczołów zaotrzewnych i t. d.), wreszcie guzy krezek jelit cienkich, okrężnicy poprzecznej i esowatej i kątnicy. Trzeba jednak pamiętać, że w miarę powiększania się guz może dojść do tak dużych rozmiarów, iż zaczyna już przylegać bezpośrednio do przedniej ściany brzusznej i spychać pętlę jelit na bok. I w tych jednak przypadkach guz zwykle nie przylega do przedniej ściany brzusznej równomiernie na całej przestrzeni: najczęściej przylega on do przedniej ściany brzucha tylko na pewnem dość ograniczonem miejscu, między zaś przeważającą częścią guza a przednią ścianą brzuszną leżą pętle jelit, oddzielając guz od przedniej ściany brzucha na mniejszej lub większej przestrzeni; czasami zaś, jak to dość często okazują guzy środkowej części brzucha, — na całym obwodzie guza.

Nieco szczegółowiej pod względem danych opukowych muszę poruszyć tu sprawę guzów trzustki, nerek i tych guzów przestrzeni zaotrzewnej, które leżą na zewnątrz od okrężnicy wstępującej oraz zstępującej.

Co do guzów trzustki, to niewielkie guzy tego narządu dają, gdy opukujemy lekko, odgłos bębenkowy, a to wskutek tego, że przed trzustką znajduje się żołądek. Odgłos stłumiony otrzymujemy tylko w przypadkach powikłanych tak znacznem opadnięciem żołądka, że żołądek już nie oddziela trzustki od przedniej ściany brzusznej. W miarę swojego rozrostu toruje sobie guz trzustki drogę w jednym z 3 kierunków: 1) najrzadziej, wypuklając sieć mniejszą, przedostaje się pomiędzy dolny brzeg wątroby, a krzywiznę mniejszą żołądka, 2) częściej wtłacza się pomiędzy żołądek a okrężnicę poprzeczną, odsuwając żołądek ku górze, a okrężnicę ku dołowi, wreszcie 3) rośnie bezpośrednio poza okrężnicą poprzeczną i ku dołowi od niej tak, że okrężnica poprzeczna leży przed górną częścią guza. We wszystkich tych przypadkach opukiwanie guza daje odgłos stłumiony, lecz nie na całej jego przestrzeni, bębenkowy bowiem odgłos utrzymuje się na pewnej części guza, mianowicie w pierwszej grupie przypadków na większej dolnej części guza, przykrytej przez żołądek, w drugiej na najwyższych i najniższych odcinkach guza, a w razie nader znacznych jego rozmiarów (n. p. guzy torbielowe) na jego całym obwodzie, w trzeciej wreszcie grupie — na górnej części guza przykrytej przez okrężnicę poprzeczną.

Guzy nerek i tej części przestrzeni zaotrzewnej, która leży na zewnątrz od okrężnicy wstępującej i zstępującej, w miarę swojego rozrostu wypuklają tę okrężnicę wstępującą lub też zstępującą i odsuwają je ku przodowi lub ku wewnątrz, t. j. ku środkowej linji ciała. To odsunięcie okrężnicy nie jest wszakże znaczne, zwłaszcza w przypadkach guzów nerek, skojarzonych, jak wiadomo, dość silnie z okrężnicą wstępującą i zstępującą. Zwłaszcza dotyczy to okrężnicy zstępującej, która przykrywa znaczną część lewej nerki i w okolicy zagięcia śledzionowego jest silnie umocowana za pomocą więzadła przeponowookrężniczego. Wobec tej okoliczności, jak również ze względu na to, że okrężnica wstępująca przechodzi przed nerką prawą w kierunku od dołu i zewnątrz ku górze i ku wewnątrz, opukiwanie guza nerki wykrywa zawsze odgłos bębenkowy, jeśli nie na całej powierzchni guza, to w każdym razie w tem miejscu, gdzie przed guzem przechodzi okrężnica. Wyjątek stanowią stosunkowo rzadkie przypadki, w których okrężnica wstępująca nie dochodzi do dolnego bieguna prawej nerki. W takich przypadkach opukiwanie guza daje odgłos stłumiony, na podobieństwo guzów wątroby. Odróżnić takie przypadki guzów nerkowych od wątrobnych możemy tylko, uwzględniając zespół reszty objawów, cechujących guz. Bębenkowy odgłos opukowy dają również guzy przestrzeni zaotrzewnej. Jeśli one wychodzą z tej części tej przestrzeni, która leży nazewnątrz od okrężnicy wstępującej lub zstępującej, to odgłos bębenkowy otrzymujemy na tym odcinku guza, który jest oddzielony od przedniej ściany brzucha pętlą okrężnicy.

W przeciwieństwie do guzów narządów przytoczonych wyżej, nie mają przed sobą pętli jelitowych i dlatego dają stłumiony odgłos opukowy guzy wątroby, śledziony, sieci większej, macicy, jajników, przedniej ściany brzusznej, wreszcie guzy żołądka i jelit, zarówno pierścieniowate, jak i usadowione w przedniej ich ścianie. Zdarza się jednak, że pętla jelitowa zostaje (najczęściej czasowo) wtłoczona między guz tych narządów, a przednią ścianę brzuszną. Badanie w takim przypadku, jak również w przypadku przyrośnięcia takiej wtłoczonej pętli między przednią ścianą brzuszną a guzem, wykazuje, rzecz prosta, odgłos opukowy bębenkowy. Wyjątek mogą stanowić również guzy sieci większej i niektóre guzy wątroby i śledziony. Mianowicie zdarzają się guzy sieci większej nie o kształcie kulistym, lecz płaskie o niewielkim wymiarze strzałkowym. Tu n. p. należy dość rzadki rak pancerzowaty sieci większej. W tej postaci stwierdza się bardzo często odgłos opukowy bębenkowy, w zależności od drgań powietrza w jelitach, leżących z tyłu. Guzy wątroby i śledziony dają, jako prawidło, odgłos stłumiony. Wyjątek stanowią te z nich, których punkt wyjścia stanowi dolna powierzchnia wątroby ku tyłowi od sieci mniejszej (a wiec płat ogoniasty oraz część płatu prawego), lub też ta część przyśrodkowej powierzchni śledziony, która leży ku tyłowi od więzadła żołądkowośledzionowego, przed guzami bowiem tej części śle-

dziony leży żołądek i zagięcie śledzionowe okrężnicy. Guzy tylnej ściany żołądka i jelit dają przy opukiwaniu odgłos bębenkowy lub przytłumionobębenkowy.

Guzy narządów leżących nieprawidłowo dają w przypadkach niewielkiego przemieszczenia się narządu taki sam odgłos opukowy, co i guzy tychże narządów, leżących prawidłowo. W przypadkach zaś znacznej zmiany położenia narządu jedynie guzy wątroby dają odgłos stłumiony, guzy natomiast innych narządów mogą dawać w różnych przypadkach odmienne wyniki opukowe.

Opukując guzy jamy brzusznej, otrzymujemy niekiedy jeszcze jeden objaw, który podałem jeszcze w r. 1908 [1]), a który ma nieraz doniosłe znaczenie rozpoznawcze. Mianowicie w tych przypadkach, gdy guz jest usadowiony poza ruchomemi częściami przewodu pokarmowego, n. p. poza kątnicą, poza kątniczym odcinkiem jelita biodrowego, poza pętlą jelita cienkiego, szybkie oderwane uderzenie młotka o pukadło, leżące na ścianie brzusznej w miejscu guza, wywołuje czasami osobliwy szmer, przypominający rechotanie żab. Powstaje on wskutek tego, że ruchoma pętla jelitowa pod silnemi uderzeniami młotka opukowego wyślizguje się z pod pukadła w bok. Dla otrzymania tego objawu należy stosować opukiwanie silne, nie zaś słabe, które stosujemy dla zbadania cech odgłosu opukowego w miejscu guza, jakkolwiek w obu przypadkach mamy na celu wykrycie, czy między guzem a przednią ścianą brzuszną niema pętli jelita.

Zebrawszy wszystkie wyżej podane cechy guza, przechodzę do zbadania stosunku guza do rozdymania żołądka oraz jelit. Wydymanie żołądka osiągam, podając choremu łyżeczkę herbacianą dwuwęglanu sodowego w $^1/_2$ szkl. wody, a następnie $^1/_2$ łyżeczki kwasu winnego również w $^1/_2$ szkl. wody. Jelita wydymam po uprzedniem ich opróżnieniu, wdmuchując balonikiem dostateczną ilość powietrza przez zgłębnik, wprowadzony do odbytnicy. Zależnie od narządu, w którym guz się usadowił, wyniki przedstawiają się w sposób, zobrazowany w poniżej załączonej tablicy.

Stan guzów poszczególnych narządów
wobec rozdymania żołądka i jelit.

Guzy		Rozdymanie żołądka	Rozdymanie jelit
wątroby i pęcherzyka żółciowego		przesuwają się ku górze, w prawo i nieco ku przodowi, bardzo duże nie zmieniają swojego położenia.	przesuwają się ku górze i nieco ku przodowi, czasami też w prawo; w razie silnego rozdęcia powietrzem zagięcia wątrobnego okrężnicy — nieco w lewo. Wyjątek stanowią: 1) bardzo duże guzy, nie zmieniające swojego położenia, oraz 2) niektóre guzy pęcherzyka żółciowego pochodzenia zapalnego, zrosłe z okrężnicą poprzeczną, te bowiem nieraz przesuwają się ku tyłowi i mogą nawet znikać.
śledziony		przesuwają się w lewo i ku dołowi; przesunięcie się ku dołowi najczęściej jest pozorne, mianowicie zależy od więcej pionowego ustawienia długiej osi śledziony, wywołanego rozdymaniem żołądka.	przesuwają się ku górze i nieco w lewo.
żołądka	krzywizny mniejszej	znikają;	guzy żołądka przesuwają się ku górze i tu się ustalają, guzy zaś krzywizny mniejszej mogą nawet znikać.
	ściany tylnej	znikają;	
	krzywizny większej	przesuwają się ku przodowi;	
	ściany przedniej	przesuwają się ku przodowi;	
	odźwiernika	przesuwają się w prawo i ku dołowi i tu się ustalają; wyjątek stanowią guzy, zrosłe z trzustką lub innemi narządami nieruchomemi, jakoteż guzy odźwiernika w razie opadnięcia żołądka: tamte są nieruchome, te zaś przesuwają się w prawo i ku górze.	
dwunastnicy		zmniejszają się i nawet znikają.	zmniejszają się i nawet znikają.
jelit cienkich i ich krezki		nie zmieniają swojego położenia lub przesuwają się nieco ku dołowi.	nie zmieniają swojego położenia.
okrężnicy poprzecznej		przesuwają się ku dołowi, czasami (na wzór guzów odźwiernika) także i w prawo.	nie zmieniają swojego położenia lub nieco przesuwają się ku dołowi.
sieci większej		przesuwają się ku dołowi, czasami (na wzór guzów odźwiernika) także i w prawo.	przesuwają się ku dołowi i jednocześnie ku przodowi, zbliżając się przez to do przedniej ściany brzusznej; w razie zrostów ze ścianą brzuszną występuje na niej wyraźnie w miejscu zrostu po rozdymaniu jelit ograniczone zagłębienie.
trzustki		znikają; jeśli jednak żołądek bardzo silnie opadł, to są wyczuwalne powyżej jego krzywizny mniejszej.	nie zmieniają położenia.
nerek		nie przesuwają się, lecz wyczuwa się je mniej wyraźnie, czasami znikają.	początkowo nieco podnoszą się ku górze, następnie stają się mniej wyczuwalne, wreszcie mogą zupełnie zniknąć; duże guzy nerkowe mogą nie znikać, natomiast wewnętrzny (przyśrodkowy) ich brzeg staje się trudniej macalnym; w niektórych przypadkach uwidacznia się lub daje się wyczuć okrężnica, idąca przed guzem.
reszty narządów zaotrzewnych, przylegających do tylnej ściany brzusznej		pozostają bez zmiany.	pozostają bez zmiany.
narządów leżących w nieprawidłowem miejscu		jeśli niema zrostów, przesuwają się w kierunku, odpowiadającym zwykłej siedzibie tych narządów.	jeśli niema zrostów, przesuwają się w kierunku odpowiadającym zwykłemu położeniu tych narządów.

[1]) Przegląd lekarski 1908, Nr 50—52.

Na uwagę zasługują jeszcze guzy krezki okrężnicy esowatej, wypuklające prawy fałd krezki i odsuwające okrężnicę esowatą na lewo. Guzy te bardzo przypominają guzy krezki jelit cienkich. Odróżnić je można przez zastosowanie rozdymania jelit, guzy bowiem krezki okrężnicy esowatej przesuwają się w tych warunkach razem z okrężnicą esowatą, guzy natomiast krezki jelit cienkich nie zmieniają swojego położenia. Rozdymanie jelit może nam dopomódz również do odróżnienia guzów krezki okrężnicy poprzecznej od guzów krezki jelit cienkich. Odróżnienie to jest wogóle zagadnieniem nie łatwem wobec ogromnej ruchomości jednych i drugich we wszystkich kierunkach. Dla rozstrzygnięcia tego pytania rozdymam jelita powietrzem i staram się wyjaśnić stosunek guza do okrężnicy poprzecznej: jeśli ta okrężnica leży niżej od guza lub przed guzem, to guz najprawdopodobniej nie jest usadowiony w krezce jelit cienkich. Jeśli natomiast okrężnica leży wzdłuż górnego brzegu guza, to zwracam uwagę, czy guz przesuwa się razem z okrężnicą ku dołowi; jeśli się przesuwa, to guz rozwija się w krezce okrężnicy poprzecznej; jeśli się zaś nie przesuwa, to zagadnienie pozostaje otwarte, tak bowiem guzy krezki okrężnicy poprzecznej, jak i guzy krezki jelit cienkich mogą okazywać tę właściwość.

Ze wszystkiego, co przedstawiłem w sprawie zmian guzów w zależności od rozdymania żołądka i jelit, wynika, że i kształt i położenie niektórych guzów brzusznych nieraz zmieniają się już w czasie tegoż badania i czasami zmieniają się tak znacznie, że guz może stać się na jakiś czas niemacalnym. Zwłaszcza odznaczają się tą właściwością guzy zaotrzewne, przylegające do tylnej ściany brzusznej, oraz guzy żołądka i jelit, których stopień wyczuwalności zależy nietylko od ilości zawartych w nich gazów, lecz i od stanu tkanki mięsnej ich ścian.

Z innych oznak, cechujących guzy jamy brzusznej, zwracam jeszcze uwagę na głębokość położenia guza, jedne bowiem z nich leżą powierzchownie, inne natomiast głęboko. Do tych należą guzy zaotrzewne, a więc trzustki, gruczołów zaotrzewnych, dwunastnicy i t. d., do tamtych guzy przedniej ściany brzucha oraz sieci większej. Jeżeli powłoki brzuszne są bardzo wiotkie, to nieduże guzy sieci oraz przedniej ściany brzusznej można nieraz uchwycić palcami ze wszystkich stron i przekonać się o braku wszelkiej ich łączności z głębiej leżącemi narządami. W sądzie jednak o głębokości położenia guza należy zachowywać wielką ostrożność, zwłaszcza u osób wyniszczonych, nieraz bowiem guz, który wydaje się na pierwszy rzut oka leżącym bardzo powierzchownie, w istocie, jak wykaże badanie po rozdymaniu żołądka lub jelit, może należeć do trzustki lub innego narządu zaotrzewnego.

Nie bez znaczenia w wielu przypadkach są też kształty guza. Wiadomo, że guzy gruczołów chłonnych są często płatowate, że w dolnym brzegu guzowato powiększonej wątroby wyczuć można bardzo znamienne wcięcia, że puchlina pęcherzyka żółciowego zazwyczaj zachowuje jego kształt i t. d.

Zebrawszy wszystkie te dane, przechodzę do ich analizy i ustalenia rozpoznania siedziby guza. Swoje wnioski sprawdzam badaniami dodatkowemi, mianowicie badaniem rentgenowskiem (w odpowiednich, rzecz prosta, przypadkach), badaniami czynności poszczególnych narządów i t. d. Większą wagę jednak, niż do tych badań pomocniczych, przykładam do całokształtu obrazu klinicznego. W każdym razie uwzględniam go przedewszystkiem, długoletnie bowiem doświadczenie kliniczne dowiodło mi ogromnej jego doniosłości dla rozpoznania siedziby guza w jamie brzusznej. Nie mogę tu omawiać szczegółowo tej sprawy, ograniczę się więc tylko do kilku wskazówek. Znany jest n. p. typowy obraz kliniczny raka trzustki, podany przez Barda i Picka. Składają się na niego przewlekła, coraz więcej wzmagająca się żółtaczka, szybko rozwijające się charłactwo i znaczne powiększenie się pęcherzyka żółciowego bez powiększenia wątroby. Wiemy, że tętniaki aorty brzusznej zwykle nie miewają znacznych rozmiarów, zmniejszają się od ucisku ponad guzem i okazują tętnienie we wszystkich kierunkach, czyli t. zw. tętnienie istotne. Torbiele trzustki nieraz pękają i znikają, po pewnym czasie znowu się zjawiają i t. d. Wolny płyn w jamie brzusznej towarzyszy zazwyczaj guzom sieci większej, a nieraz występuje również w przebiegu guzów otrzewnej (jakkolwiek tu często bywa otorbiony), wątroby, gruczołów zaotrzewnych, niekiedy zaś trzustki i krezki jelit cienkich. Żółtaczka najczęściej towarzyszy guzom trzustki (w 75%), następnie idą guzy wątroby, dróg żółciowych, oraz te z guzów dwunastnicy, które sadowią się w brodawce dwunastnicy lub naokoło tej brodawki. Charłactwo najszybciej się rozwija w toku raków trzustki, przebiegając z ogromnem ogólnem osłabieniem i z głębokiem wyczerpaniem sił, cechującem podmiotowe uczucie chery, najpowolniej zaś w toku raków nerek i zwłaszcza sieci większej, której złośliwe nowotwory mogą dochodzić nawet do bardzo znacznych rozmiarów, nie wywołując przez długi czas charłactwa.

Zestawiając dane, otrzymane przez oglądanie, obmacywanie i opukiwanie, z danemi uzyskanemi zapomocą innych metod badania, przedewszystkiem zaś z całym obrazem klinicznym, otrzymujemy zespół objawów, który w przeważającej liczbie przypadków pozwala rozstrzygnąć zagadnienie dotyczące siedziby guza w tym lub innym narządzie jamy brzusznej. Jeśli stan chorego nie pozwala przeprowadzić tak szczegółowego badania, zwłaszcza zaś, jeśli guz jest już bardzo wielki oraz jeśli są rozległe zrosty z narządami sąsiedniemi, nieraz z przejściem na nie, wtenczas usiłowania, by rozpoznać pierwotne siedlisko guza, bardzo często nie mogą być uwieńczone skutkiem pomyślnym.

Oceny i sprawozdania

Dr med. Aleksander Żebrowski: **Zarys otjatrji**. Warszawa 1921 (E. Wende i Sp.), str. 463 ze 109 ilustracjami.

Napisanie oryginalnego dzieła przez lekarza, pracującego wyłącznie lub przeważnie w trudnych warunkach praktyki prowincjonalnej, choćby nawet w większem mieście, jest, i to nietylko u nas, rzeczą wyjątkową. Starsze pokolenie lekarskie pamięta zdumienie, z jakiem powitało pierwsze dzieła Władysława Biegańskiego, zwłaszcza, gdy to były dzieła tej miary, jak »Diagnostyka różniczkowa«, »Zagadnienia z teorji nauk lekarskich«, albo »Logika medycyny«. Sam fakt już ich opracowania, nie mówiąc o ich jakości, świadczył o dzielności autora, pokonującego takie przeszkody, jak brak dobrze wyposażonego warsztatu klinicznego, brak publicznej biblioteki i tego wszystkiego, co daje środowisko uniwersyteckie.

Toteż i książka Dr Żebrowskiego jest niespodzianką, tem więcej, że chociaż od lat dwudziestu znane jest w naszem piśmiennictwie jego nazwisko, jako autora kilku poważnych prac, to jednak większa część jego działalności przypada na liczne spostrzeżenia, w całości drukiem nie ogłaszane, a tylko pokrótce streszczane w sprawozdaniach z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego w Lublinie.

Podręcznik swój pisał Dr Żebrowski z myślą o pożytku dla słuchaczy medycyny i dla lekarzy-praktyków, z umysłu więc pomijał literaturę i nadał swej książce układ, mający na względzie przedewszystkiem uczących się. Oto tytuły rozdziałów: Badanie narządu słuchowego, choroby »muszli« (dlaczego nie »małżowiny«?) usznej i zewnętrznego przewodu słuchowego, jamy bębenkowej, wyrostka sutkowego; powikłania ropnych zapaleń ucha środkowego zewnątrzczaszkowe i wewnątrzczaszkowe; ropne i nieropne sprawy w błędniku; chirurgja ucha, odrębne właściwości chorób ucha u dzieci; choroby ucha w przebiegu chorób zakaźnych; uszkodzenia narządu słuchowego. Jak już z tego wyliczenia widać, nie trzymał się autor zwykłego schematu podręcznikowego ani w układzie, ani co do zakresu swej książki.

Treść dzieła stoi na poziomie współczesnej nauki i praktyki i świadczy o znacznem własnem doświadczeniu autora, należycie dla podręcznika zużytkowanem. Styl jasny, dobra polszczyzna, wyraźne staranie o dobre mianownictwo, oto inne zalety tej książki.

Druk i papier oraz obfitość rycin przypomina czasy przedwojenne, za co należy się uznanie wydawcy. Część jednak znaczna rycin pozostawia niestety sporo do życzenia, a niektóre są wprost nieużyteczne. r.

Fr. Giedroyć: **Słownik lekarski polski do działu chorób skórnych i wenerycznych.** Warszawa 1921. (E. Wende i Sp. [L. Fiszer]), stron 388. Jestto część wydawnictwa całego mianownictwa lekarskiego polskiego, zamierzonego przez zasłużonego historyka medycyny. Celem »nie jest tworzenie nazw nowych ani wybór najwłaściwszych z pośród już istniejących, lecz zebranie używanych dawniej i obecnie« — jak objaśnia sam autor w przedmowie, — a więc inwentaryzacja w zakresie lekarskim całego skarbu językowego na wzór ogólnych »Słowników języka polskiego«. Z takiego inwentarza da się może przy wydawaniu słowników do użytku praktycznego poczerpnąć niejedno wznowienie nazw staropolskich na użytek dzisiejszy. W wykazie źródeł, z których autor czerpie przytoczenia, uderza brak wzmianki o słownikach lekarskich, czyto Majera i Skobla, czy krakowskich z r. 1881 i 1905; byłoby też pożądane w dalszych zeszytach wydawnictwa podanie tytułów źródeł »in extenso«.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Embleton and Steven: **Meningokoki u ozdrowieńców po zapaleniu opon mózgowordzeniowych** (The Lancet, vol I, May 10, 1919.) Embleton and Bryant: **Siedlisko meningokoków u nosicieli stałych** (meningococcus carriers). Embleton and Steven: **Wyniki badania 905 nosicieli meningokoków.** (The Lancet, vol II. N 16, Octob. 18, 1919). W Centralnej Stacji dla ozdrowieńców w Netley mieli autorowie sposobność dokładnie zbadać zagadnienie, bardzo ważne nietylko dla wojska, ale i dla ludności cywilnej. W ciągu 2 lat (1914—1916) badano każdego ozdrowieńca średnio raz na tydzień i zwalniano dopiero wówczas, jeżeli trzykrotne badanie z rzędu w przerwach tygodniowych dawało wyniki ujemne. — W pierwszej swej pracy autorzy opisują szczegółowo leczenie miejscowe, mające na celu wytępienie meningokoków w jamie nosowogardłowej. Stosowano: wdychania chloraminu F, siarkanu cynkowego, 2) rozpylania chloraminu, flawinu, adrenaliny i t. d. 3) pendzlowania kwasem karbolowym, nalewką chlorku żelazawego (tinct. ferri perchlor.), 4) smarowania wnętrza nosa szarą maścią z oliwą i mentolem. Autorzy kładą szczególny nacisk na dokładne zbieranie materjału zakażonego z głębokich części nosa i gardła za pomocą drucików platynowych i miedzianych i podają sposób bakterjologicznego badania meningokoków w hodowlach, zapomocą aglutynacji i surowicy nasyconej (saturated) ziarenkowcami Hodgsona. Ogółem zbadano 135 osób. Wyniki dadzą streścić się w następujący sposób: 1) Meningokoki w cieczy mózgowordzeniowej i w jamie nosowogardłowej należą zwykle do jednego typu. W tym kierunku zbadano 36 osób. 2) Ozdrowieniec »nosi« tylko jeden określony typ meningokoków i jest niepodatny dla osiedlania się i rozwoju innych typów tego drobnoustroju. 3) Każdy ozdrowieniec jest nosicielem meningokoków średnio przez 6 miesięcy, a czasami dłużej.

W drugiej pracy autorzy opisują wyniki badania 40 nosicieli zarazków, z których tylko 21 chorowało na zapalenie opon mózgowordzeniowych. Autorom chodziło o ścisłe określenie miejsca, w którem ze szczególnem upodobaniem gnieżdżą się meningokoki. Okazało się, że przednie i górne części nosa oraz zatoki nosowe nie są zakażone. Meningokoki gnieżdżą się w migdałku Luschki, w dołkach Rosenmüllera, na tylnej ścianie nosa i gardła i w migdałkach. Przerost tkanki limfatycznej i zatkanie nosa sprzyjają zagnieżdżeniu się meningokoków na czas dłuższy, ale nie są koniecznym warunkiem.

Trzecia praca, najobszerniejsza, drobiazgowa, zawiera opis badania 905 osób, z których na zapalenie opon chorowało 86. Resztę zaliczają autorzy do kategorji nosicieli zdrowych (healthy carriers). Badania trwały od 29. IX 1916 r. do 26. IV 1919. Spostrzegany przez siebie materjał dzielą autorzy na 2 grupy: 1) nosicieli albo »czasowych«, jeżeli zakażenie nie trwało ponad 8 tygodni i 2) nosicieli »stałych«. Pierwsi są niebezpieczni dla otoczenia średnio w ciągu 24 dni; maximum wydzielania drobnoustrojów następuje w trzecim tygodniu. Czas trwania zakażenia u nosicieli stałych wynosi średnio $5^1/_2$ miesięcy, najdłuższy czas wynosił 634 dni czyli rok i 9 miesięcy. Większość przypadków, 80%, stanowią nosiciele czasowi. Wszelkie próby leczenia nietylko nie przynoszą korzyści, ale przeciwnie zdają się przedłużać okres zakażenia. Dlaczego po pewnym czasie meningokoki zaczynają znikać, odpowiedzieć trudno. Być może, że ulegają one przewadze innych drobnoustrojów, które osiedlają się w ich miejsce, albo też następuje taka przemiana meningokoków, wskutek której tracą one zdolność ulegania aglutynacji pod wpływem odpowiednich surowic. Zapewne znaczna część drobnoustrojów z jamy nosowogardłowej, nie dających się odróżnić od meningokoków, ale nie zdolnych do aglutynacji, nie jest niczem innem, jak tylko nową odmianą meningokoków. Najlepszym sposobem pozbycia się tych drobnoustrojów jest natura, świeże powietrze i ruch. K. Rozenfeld.

H. Mason Leete: **Odczyn Schicka i jego wartość w określeniu odporności przeciw błonicy.** (The Lancet, vol I N 4, Janv. 24, 1920). J. Renault et P. Lévy. **O odczynie błoniczym Schicka.** (Annales de médécine T. VII, N 3, 1920) Odczyn błoniczy (diphtérino-réaction), opisany w 1913 r. przez lekarza wiedeńskiego Schicka, wywołał szersze zainteresowanie w Europie dopiero w czasach ostatnich pod wpływem badań, podjętych na większą skalę w Stanach Zjednoczonych (Zingher, Park, Sérota, Bundesen, Cowie i inni). Ponieważ śmiertelność w błonicy jest tam większa niż u nas, lekarze amerykańscy nie poprzestają w celach zapobiegawczych na uodpornieniu biernem (surowicą), ale dążą do uodpornienia czynnego za pomocą odpowiedniej toksyno-antytoksyny. W praktycznem urzeczywistnieniu tych dążeń odczyn Schicka oddaje im cenne usługi. Urząd zdrowia w New-Jorku gorąco poleca ten sposób badania, zwłaszcza podczas epidemji, w celu wykrycia dzieci podatnych na zakażenie błonicą, w szkołach, szpitalach, żłóbkach i przytułkach. W ten sposób można zaoszczędzić znaczne ilości surowicy i uniknąć zbytecznego uczulania (sensibilisation) przynajmniej 65% osobników badanych. Prócz tego odczyn Schicka ma dużą wartość w kontrolowaniu uodpornienia czynnego i w rozpoznawaniu przypadków klinicznie wątpliwych. Poglądy autorów amerykańskich były punktem wyjścia poszukiwań Leetego, Renaulta, Levyego. Badanie polega na tem, że wstrzykuje się wśródskórnie maleńką dawkę toksyny błonicznej i zapisuje się wystąpienie, czas wystąpienia i charakter odczynu. Wynik zależy od podrażnienia komórek skórnych toksyną i wskazuje na brak odporności. Jeżeli we krwi jest obecna naturalna antytoksyna uodporniająca, to badanie daje wynik ujemny. Toksyna powinna być świeża, a minimalna dawka śmiertelna dla świnki morskiej wagi 250 gr. powinna być dokładnie określona. Wstrzykuje się 0,1—0,2 c. cm toksyny rozcieńczonej w ten sposób, żeby ilość wstrzyknięta zawierala $^1/_{50}$ minimalnej dawki śmiertelnej. Najodpowiedniejszem miejscem jest przednia powierzchnia przedramienia, 3—4 palce poniżej przegubu łokciowego. Odczyn dodatni w postaci małej czerwonej plamki z mniej lub więcej zaznaczonym naciekiem zaczyna występować wyraźnie po 24—48 godzinach i na 3—4 dzień dochodzi do szczytu. Autorzy opisują bardzo szczegółowo właściwości i przebieg odczynu dodatniego, różnicę między nim i odczynem rzekomym, odczyn »skombinowany« oraz sposób badania kontrolnego, który polega na ogrzaniu toksyny do 75° C. w ciągu 10 minut. Przy użyciu odpowiedniej toksyny błąd

w rękach doświadczonego badacza wynosi najwyżej 1% lub 2%.

Badania Leetego, wykonane w szpitalu miejskim w Edynburgu, obejmują 500 przypadków (dzieci od 1 do 15 lat), w tem 286 z odczynem dodatnim i 214 z odczynem ujemnym. U 110 dzieci, które poprzednio, na 1—70 dni przed badaniem, otrzymały leczniczą dawkę antytoksyny, odczyn Schicka był zawsze ujemny. Z 11 dzieci, które zapadły na błonicę, wszystkie z wyjątkiem jednego miały przedtem wyraźny odczyn dodatni. U 2 dzieci, w wieku 2 i 3 lat, które blisko stykały się z chorymi na błonicę, wobec ujemnego odczynu nie zastosowano surowicy uodporniającej i dzieci te nie zaraziły się wcale. Z 32 nosicieli laseczników błoniczych (bez objawów klinicznych) —14 miało odczyn dodatni, 18 ujemny. Celem sprawdzenia stałości odczynu powtórzył autor badanie w 60 przypadkach po przerwie 1—3 tygodniowej i z wyjątkiem jednego przypadku otrzymał te same wyniki.

Zgodnie z Leetem, Renault i Levy potwierdzają najzupełniej słuszność poglądów autorów amerykańskich. Badania ich obejmują 281 przypadków, w tem 39 nosicieli laseczników błoniczych. U 25 nosicieli odczyn był ujemny i w czasie epidemji żaden z nich nie zachorował na błonicę. Natomiast z 14 osób z odczynem dodatnim zachorowało 10. Autorzy dochodzą do wniosku, że odczyn Schicka ma wielkie znaczenie w zapobieganiu błonicy. Wykazuje on, że tylko osobniki, oddziaływające dodatnio, mogą zapadać na błonicę. Nie jest to jednak koniecznością, nawet u nosicieli zarazków. Musi tu jeszcze zadziałać jakaś bezpośrednia przyczyna. Przy obecnym stanie profilaktyki odczyn ten nie wyłącza badania i oddzielania nosicieli zarazków, albowiem zarazki znajdują się zarówno u osobników odpornych, jak i u podatnych na zakażenie błonicze. W czasie epidemji odporni powinni być odosobnieni, drudzy zaś bez względu na to, czy są nosicielami, czy nie, powinni być poddani leczeniu zapobiegającemu surowicą ewent. szczepionką. K. Rozenfeld.

Choroby dziecięce.

Karger: **Przyczynek do znajomości krzywicy mózgowej.** (Monatsch. f. Kinder. T. XVIII. Nr. 1.) Upośledzenie czynności statycznych nie pozostaje w ścisłym związku ze zmianami krzywiczemi w układzie kostnym: częstokroć dzieci z wybitnemi skrzywieniami lub nawet nadłamaniami wykonują niemal prawidłowo ruchy czynne, natomiast inne przy niewielkich zmianach okazują znaczne opóźnienie czynności statycznych. Powodem tego w znacznym stopniu są zmiany w układzie nerwowym, za czem szczególnie przekonująco przemawiają przypadki krzywicy, leczone naświetlaniem lampą kwarcową. Pod wpływem takiego leczenia zmiany kostne szybko ustępują, jednakże bez korzystnego wpływu na czynności statyczne. O zmianach w układzie nerwowym u krzywiczych świadczy często napotykane upośledzenie smaku, słabszy rozwój umysłowy, pocenie się przy bladej skórze, złe usposobienie psychiczne. Skrzywienia nóg nie należy uważać za wynik obciążenia, lecz za skutek nieprawidłowej, jednostronnej inerwacji pewnych grup mięśniowych, podobnie, jak się tłumaczy skrzywienia kończyn górnych i żeber. W leczeniu krzywicy należy przedewszystkiem uwzględniać składnik nerwowy, uprawiając ćwiczenia w ruchach. Bujak.

Czerny i Eliasberg. **Leczenie ciałami proteinowemi charłactwa u dzieci gruźliczych.** (Monatsch. f. Kinderh. T. XVIII. Nr. 1.) Wstrzykiwania podskórne prawidłowej surowicy końskiej, stosowane codziennie w ilościach wzrastających od 0·5 do 2 cm³ przez kilka miesięcy, wywierają korzystny wpływ na stan ogólny dzieci, dotkniętych gruźlicą płuc lub narządów brzusznych. Bujak.

F. Gröer. **W sprawie praktycznego znaczenia pojęcia wartości odżywczej, obok kilku uwag o minimum tłuszczu u oseska.** (Monats. f. Kinderh. T. XVIII). U 2 słabych osesków podano wkrótce po urodzeniu pokarm sztuczny, złożony z mleka najdokładniej odwirowanego (około 0,01%. tłuszczu) i cukru w ilości wyrównującej, a nawet podwajającej wartość kaloryczną mleka pełnego t. j. 8·5 wzgl. 25·5%. W obu doświadczeniach, trwających 6 i 3 miesiące, wzrost przebiegał prawidłowo, rozwinęła się jednak krzywica. Teoretyczne rozważania obliczeń kalorycznych nie nadają się do krótkiego streszczenia. Bujak.

F. Gröer. **W sprawie »meningoencephalismus«.** (Monats. f. Kinderh. T. XVIII). Nazwą »meningoencephalismus» określa G. zbiór objawów zadrażnienia oponowo-korowego, który pojawia się w początkach ogólnych chorób zakaźnych, a nie musi być połączony z uchwytnemi zmianami patologiczno-anatomicznemi. Ten zbiór objawów występuje także i w innych stanach chorobowych, jak gruźlica, oparzenie, choroba posurowicza. Wspólną cechą wszystkich spraw, wywołujących objawy oponowo-korowe, jest zwiększony rozpad tkanek. Do powstawania objawów oponowo-korowych usposabia wiek młodszy i niedożywienie, stąd częstsze występowanie w czasie wojny. Klinicznie można odróżnić typ oponowy i mózgowy (encefalityczny). W tym ostatnim cechujące są objawy ogniskowe, jak objaw Babińskiego, nierówność odruchów, niedowład mięśni ocznych i innych grup mięśniowych. Rokowanie co do objawów oponowo-mózgowych jest dobre, samo jednakże ich pojawienie się należy uważać za wskaźnik ciężkości schorzenia pierwotnego. Bujak.

M. L. Camus: **W sprawie wczesnego szczepienia noworodków.** (Bull. de l'Acad. de méd 1920, 28). Szczepienie ochronne przeciw ospie u noworodków poniżej 3. miesiąca życia jest mało pożyteczne, ponieważ dzieci w tym czasie są z natury odporne przeciw ospie. Nadto jest szczepienie w tym czasie połączone z niewygodami i często daje wyniki ujemne. Autor zestawia swoje spostrzeżenia co do szczepionki u dzieci powyżej 6 miesięcy, między 3 a 6 miesiącami i poniżej 3 miesięcy życia. Z tych spostrzeżeń wynika, że szczepionka słabsza daje dodatnie wyniki u 100% dzieci pierwszych 2 grup, a tylko u 53% dzieci trzeciej grupy, szczepionka zaś mocniejsza daje także 100% skutecznych szczepień u dzieci najmłodszych. Wogóle dzieci są tem odporniejsze wobec szczepienia, im są młodsze i jeżeli się chce szczepić z powodzeniem dzieci zdrowe poniżej 3 miesięcy, należy stosować szczepionki świeże, najbardziej czynne. Dr. Blassberg (Kraków).

Eliasberg i Schiff. **Odczyn moczu własnego według Wildbolza u dzieci gruźliczych.** (Monats. f. Kinderh. T. XVIII) Wildbolz stwierdził, że w moczu chorych na czynną gruźlicę pojawia się ciało, które wstrzyknięte śródskórnie wywołuje odczyn podobny do tuberkulinowego. W tym celu zbiera się jałowo mocz, zagęszcza w 70° w próżni do $^{1}/_{10}$ objętości; po oziębieniu

sączy się przez bibułę, napojoną 2% wodą karbolową, a przesącz wstrzykuje śródskórnie. Odczyn po 48 godzinach w przypadkach dodatnich przedstawia się jako naciek, zaczerwieniony, niekiedy z martwicą środkową. Własne spostrzeżenia autorów opierają się na 40 chorych, których przedewszystkiem badano co do odczynu tuberkulinowego, a potem co do odczynu na mocz własny i mocz innych chorych. Na podstawie tych spostrzeżeń nie można stwierdzić, aby odczyn moczu własnego był cechującym wyłącznie dla czynnej postaci gruźlicy. Bujak.

Sprawy Towarzystw naukowych

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Sprawozdanie z działalności za r. 1920.

Odczyty: 1. Seweryn Sterling: O rokowaniach w suchotach przewlekłych. 2. F. Venulet: O szczepionkach przeciwgrypowych. 3. Tenże: O wzajemnym stosunku odczynów Widala i Weil-Felixa. 4. Tenże: Dalsze spostrzeżenia w dziedzinie serodiagnostyki syfilisu (Wassermann, Meinicke, Sachs-Georgi). 5. Tenże: O wpływie na ustrój protein, wprowadzonych pozatrzewiowo. 6. Margolis: O stosowaniu pozatrzewiowem mleka w zapaleniu płuc grypowem. 7. Z. Mierzyński: O stosowaniu mleka pozatrzewiowo w uporczywej rzeżączce u kobiet. 8. A Mikulski: Encephalitis lethargica. 9. A. Margolis: Ze statystyki duru plamistego w Łodzi 1917—1920. 10. Z. Askenazy (Krynica): Myocarditis. 11. Seweryn Sterling: O wartości rozpoznawczej i rokowniczej białych ciałek krwi. 12. Tenże: Postępy antropologji klinicznej. 13. T. Mogilnicki: Angina Vincenti. 14. H. Frenklowa: Dyzenterja u dzieci. 15. J. Maybaum: Próby nieoperacyjnego leczenia nowotworów złośliwych. 16. A. Mikulski: Sprawozdanie ze zjazdu psychiatrów w Warszawie. 17. W. Stanisławski: O nowych kierunkach walki z chorobami wenerycznemi i nierządem, oraz zastosowanie ich w Polsce. 18. M. Kon: Niedrożność kiszek. 19. Seweryn Sterling: O wysypkach i wybroczynach. — Pokazów chorych było 40, pokazów preparatów 18.

Wiadomości bieżące.

Naczelnik państwa otrzymał od Uniwersytetu warszawskiego honorowy doktorat medycyny.

Walka z epidemjami. Odwiedziła Warszawę grupa przedstawicieli Ligi Towarzystw czerwonego krzyża i Biura międzynarodowego higjeny publicznej i odbyła konferencję z kierownikiem Ministerstwa zdrowia Dr Chodźką i naczelnym komisarzem epidemicznym prof. Dr Godlewskim w sprawie dopomożenia Polsce w zwalczaniu epidemji. Spodziewana pomoc Ligi wyraża się kwotą 250.000 funtów sterlingów. Misja Ligi zwiedziła następnie kresy północnowschodnie Państwa.

Z Uniwersytetów. Prof. Czubalski i Konopacki w Warszawie zostali mianowani profesorami zwyczajnymi. — Dr Jan Olbrycht habilitował się w Krakowie z zakresu medycyny sądowej, a Ministerstwo W. i O. habilitację tę zatwierdziło.

Z Towarzystw naukowych. W Warszawie powstało w lutym b. r. Polskie Towarzystwo dermatologiczne, które przejęło »Przegląd chorób skórnych i wenerycznych« i wydawać go będzie jako swój organ w formie kwartalnika. Komitet redakcyjny stanowią Dr Bernhardt, Kopytowski, prof. Krzyształowicz, Malinowski, prof. Sowiński, Sterling W., Watraszewski, Wernic i Wojciechowski z Warszawy, Karwowski z Poznania, prof. Lenartowicz i doc. Walter z Krakowa, prof. Łukasiewicz i doc. Leszczyński ze Lwowa. — Również w Warszawie zawiązało się Towarzystwo chirurgów polskich pod przewodnictwem prof. B. Sawickiego, które zamierza wydawać własny organ, a w r. b. zwołać zjazd chirurgiczny polski.

Towarzystwo lekarskie francusko-polskie powstało na miejscu Komitetów lekarskich francusko-polskich. Wpisy do krakowskiego Koła Towarzystwa przyjmuje doc. Dr Gieszczykiewicz (ul. Czysta 16), aż do konstytuującego zebrania Koła, które się odbędzie we środę 15. czerwca 1921 o godz. 7 wieczór w Domu Towarzystwa lek. krak. (Radziwiłłowska 4). Celem Towarzystwa jest rozwój stosunków naukowych i zawodowych lekarzy obu narodów, złączonych tradycyjną sympatją. Członkowie Towarzystwa będą korzystać ze zniżonej przedpłaty czasopism.

Związek lekarzy Państwa polskiego wybrał na Walnem Zgromadzeniu w Warszawie prezesem Dr Trzcińskiego, wiceprezesem Dr Osińskiego, skarbnikiem Dr Muttermilcha, sekretarzem Dr Wagnera; z Małopolski wybrano do Zarządu tylko Dr Papée'go i Nowickiego ze Lwowa.

Zarząd Biblioteki krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa uprzejme podziękowanie WPani Drowej Aleksandrze Mączkowej, która spełniając ostatnią wolę ś. p. Dr Tomasza Mączki z Krakowa, darowała Bibliotece Towarzystwa kilkanaście roczników czasopism lekarskich, oraz kol. Dr J. Weinsbergowi z Krakowa za roczniki czasopism, ofiarowane Bibliotece.

II. Międzynarodowy Zjazd historyczno-lekarski odbędzie się w Paryżu 1—5 czerwca 1921. Na porządku dziennym m. i.: 1) Studja historji szpitali we wszystkich krajach, 2) Źródła do oceny racji żywnościowej w starożytności i w wiekach średnich, 3) Badania i oznaczenie wielkich epidemij historycznych. Wyjaśnień w sprawie zjazdu udziela prof. Dr Szumowski w Krakowie.

Sprawozdawca do »Zentralblatt für Neurologie u. Psychiatrie«, Dr med. H. Higier (Warszawa, Królewska 29) prosi o przesyłanie odbitek prac tych autorów, którzy życzą sobie sprawozdania w tem czasopiśmie.

Choroby zakaźne w Krakowie od 6. III. do 16. IV. 1921. Płonica 27, † (zmarło) 5, błonica 15 †4, dur brzuszny 37 † 5, dur plamisty 24 † 5, dur powrotny 2, czerwonka 3, nagm. zapalenie opon 6 † 2, ospa 1.

Zmarli: Dr Edward Zieliński, wybitny klinicysta w Warszawie; Dr Emil Dach, ppłk.-lek. W. P., w 51 r. ż. w Łodzi; Dr Henryk Onichimowski, kierownik szpitala epidemicznego, jako ofiara zawodu, w 32 r. ż. w Kozienicach; Dr Władysław Jarosz, b. dyrektor szpitala w Złoczowie, dyrektor sanatorjum w Rudce, w 56 r. ż. w Warszawie; Dr Juljan Czyrniański w 61 r. ż. i Dr Bolesław Kostecki w 65 r. ż. w Krakowie.

Odpowiedzialny redaktor: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.